

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD            | TIPOLOGIA                        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO        |                                                         |                         |                                     |   |   |
|---------------------------------------|------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---|---|
| MSP                                   | 001414           | Chone                               | CS-C                             | 1311820821                       |                          |                                                         |                         |                                     |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO         | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |                                     |   |   |
| Rivera                                | Muñoz            | Pamela                              | Isabel                           | M                                | 24-05-1986               | 38                                                      | H                       | D                                   | M | A |
|                                       |                  |                                     |                                  |                                  |                          |                                                         |                         |                                     |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                          |                                  | DERIVACIÓN                       |                          |                                                         |                         |                                     |   |   |
| 0979895946                            |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  | <input type="checkbox"/>         |                          |                                                         |                         |                                     |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | MOTIVO                              |                                  |                                  |                          |                                                         |                         |                                     |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                           | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                         | <input type="checkbox"/>            |   |   |
|                                       |                  |                                     | 2. Falta de espacio físico.      |                                  | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                         | <input type="checkbox"/>            |   |   |
|                                       |                  |                                     | 3. Falta de equipamiento.        |                                  | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |                         | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
|                                       |                  |                                     | 4. Equipos en mal estado.        |                                  | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         | <input type="checkbox"/>            |   |   |
|                                       |                  |                                     | 5. Problemas de infraestructura. |                                  | <input type="checkbox"/> |                                                         |                         |                                     |   |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|
| MSP                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Ginecologia  |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ACUDE A CONTROL PRENATAL- CURSA CON EMBARAZO DE 23.3 SG X FUM AL EXAMEN OBSTETRICO ALTURA UTERINA 29 CM FCF 152 FETO ÚNICO PRESENTACIÓN CEFÁLICO-AL EXAMEN GINECOLÓGICO PRESENCIA DE LEUCORREA SIN PRURITO- NO HAY PRESENCIA DE SANGRADO- EXTREMIDADES: INFERIORES EDEMA + DE TRES DIAS...EN ESTUDIO HOLTER DX DE BAJO RIESGO- NO VÁRICES- PROTEÍNA EN ORINA (-)- SCORE MAMA 0-MOVIMIENTOS FETALES - NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- GANANCIA DE PESO RIESGO OBSTETRICO ALTO POR ABORTOS Y CESAREA ANTERIOR. HEMATOSUARIO (-) APP DE IMPORTANCIA TUMOR DE PANCREAS MAS OPERACION DE OIDOS POR TUMOR Y ES HTA PRE EMBARAZO Y TAQUICARDIA...

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 3.68 10<sup>6</sup>/?L 4 - 6 HEMOGLOBINA 11.5 G/DL 13 - 17 HEMATOCRITO 33.7 % 40 - 50 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 91.6 ?M<sup>3</sup> 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 31.3 PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 34.1 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDWC) 12.6 % 11.5 - 15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDWS) 45.6 ?M<sup>3</sup> PLAQUETAS 382 10<sup>3</sup>/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.37 % 0.1 - 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 9.6 ?M<sup>3</sup> 7.4 - 11 ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 11.5 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 82 10<sup>3</sup>/?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 21.4 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 9.7 10<sup>3</sup>/?L 4 - 10 LINFOCITOS (%) 22 % 25 40 NEÚTRÓFILOS (%) 66.4 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 7.9 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 3.3 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.4 % 0 - 2 LINFOCITOS (#) 2.13 10<sup>3</sup>/?L 1 - 4.4 NEÚTROFILOS (#) 6.44 10<sup>3</sup>/?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 0.77 10<sup>3</sup>/?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.32 10<sup>3</sup>/?L 0 - 0.5 BASÓFILOS (#) 0.04 10<sup>3</sup>/?L 0 - 0.2 GRÁFICO DIFF GRÁFICO GRÁFICO WBC GRÁFICO GRÁFICO RBC GRÁFICO GRÁFICO PLT GRÁFICO MÉTODO: CBC-IMI AUTOMATIZADO VALIDADO POR: LCDO. ALEJANDRO MEJÍA R. BIOQUÍMICA GLUCOSA 88.5 MG/DL 70 - 110 MÉTODO: FOTOMETRÍA AUTOMATIZADA VALIDADO POR: LCDO. ALEJANDRO MEJÍA R. UROANÁLISIS ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO COLOR AMARILLO ASPECTO TRANSPARENTE DENSIDAD 1010 PH 6.5 LEUCO NEGATIVO LEUCO/UL NITRITOS NEGATIVO PROTEÍNAS NEGATIVO MG/DL GLUCOSA NEGATIVO MG/DL CUERPOS CETÓNICOS NEGATIVO MG/DL UROBILINÓGENO NORMAL MG/DL BILIRRUBINAS NEGATIVO SANGRE NEGATIVO ERY/UL HEMOGLOBINA NEGATIVO ERY/UL EXAMEN MICROSCÓPICO LEUCOCITOS 1 - 2 / CAMPO CÉLULAS EPITELIALES 1 - 3 / CAMPO BACTERIAS ESCASAS MÉTODO: MICROSCOPIA VALIDADO POR: LCDO. ALEJANDRO MEJÍA R. SEROLOGÍA HEPATITIS B ANTÍGENO AUSTRALIA SUPERFICIE (HBSAG) NEGATIVO MÉTODO: INMUNOCROMATOGRFÍA TRYPANOTOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IGG CHAGAS ANTICUERPOS IGG NEGATIVO

## E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO               | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo | Z358 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                               |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                               |      |     |     | 6. |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2025-04-22                            | 08:54           | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
| 1314783083                            |                 |               |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
|                        |    |    |                        |    |    |

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐**A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA**

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

**B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA**

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          | //                 |

**C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**

|  |
|--|
|  |
|--|

**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

|  |
|--|
|  |
|--|

**E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**

|  |
|--|
|  |
|--|

**F. DIAGNÓSTICO**PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

|    | CIE | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|----|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1. |     |     |     | 4. |  |     |     |     |
| 2. |     |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3. |     |     |     | 6. |  |     |     |     |

**G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE**

|  |
|--|
|  |
|--|

**H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |